

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Katri Kärkkäinen

Masennusta sairastavan potilaan lääkkeettömät hoitomuodot - kirjallisuuskatsaus

Tiivistelmä

Katri Kärkkäinen

Masennusta sairastavan potilaan lääkkeettömät hoitomuodot - kirjallisuuskatsaus, 37 sivua

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2015

Ohjaaja: lehtori Tuula Juvakka, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön aiheena oli masennusta sairastavan potilaan lääkkeettömät hoitomuodot. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata aikuisen ihmisen masennusta sekä masennusta sairastavan potilaan lääkkeettömiä hoitomuotoja. Tavoitteena oli kehittää sekä parantaa omaa ammatillista psykiatrista osaamisaluetta sekä antaa selkeästi tietoa kyseisestä jatkuvasti yleistyvistä sairauksista sekä sen lääkkeettömistä hoitomuodoista. Tässä opinnäytetyössä oli tarkoituksena selvittää, millainen sairaus masennus on tänä päivänä teoriassa, mitä ovat masennuksen hoidossa käytettävät lääkkeettömät hoitomuodot ja kuinka yleisiä, nämä lääkkeettömät hoitomuodot ovat.

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön lähteinä käytettiin tutkittua kirjallisuutta, artikkeleita, tutkimuksia sekä internet-lähteitä. Lähteet saatiin hankittua erilaisten tiedonhakuohjelmien, internetin sekä kirjastossa työskentelevän informaatikon avulla. Lähdekritiikki oli tärkeää opinnäytetyötä toteutettaessa.

Opinnäytetyö on suunnattu sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille sekä muille aiheesta kiinnostuneille ja tavoitteena oli laatia selkeä sekä tiivistetty kuvaus masennuksen lääkkeettömistä hoitomuodoista. Jatkotutkimusaiheet tälle opinnäytetyölle voisivat olla masennuspotilaan lääkkeelliset hoitomuodot ja niiden hoitovasteen selvittäminen sekä mitä ovat lapsen ja nuoren masennuspotilaan hoitomuotoja.

Asiasanat: masennus, terapia, psykoterapia, lääkkeettömät hoitomuodot

Abstract

Katri Kärkkäinen

Depression Treatment without Medication, 37 pages

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Program in Nursing

Bachelor's Thesis 2015

Instructor: Senior Lecturer Tuula Juvakka, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this study was to describe the depression of an adult person and to examine different ways to cure the depression without medical treatment. The aim was also to develop and to improve the author's own knowledge and skills as well as to share information about this ever growing condition and the non-medical treatments possible for depression.

The study was carried out by examining which treatments were the most used ones and how often they were used on depressed patients. The idea was to define depression as explicitly as possible and the non-medical ways to cure it. This study was also targeted to other people working on the medical field and carried out to share information about depression and about the ways to cure it.

The study was conducted by using literature, articles, other researches and internet sources. The sources were found by using the help of a library informationist and the internet. Source criticism was important while the study was being carried out. A future study topic could concentrate on a depressed patient's medical treatments, and the other subject could be depression treatments of children and young people.

Key words: Depression, therapy, psychotherapy, treatments without medicals

Sisältö

1 Johdanto	5
2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	6
3 Opinnäytetyön toteutus	7
4 Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat	8
5 Masennus	9
5.1 Masennuksen riskitekijöitä	9
5.2 Masennuksen oireet ja ilmeneminen	10
5.3 Masennuksen erotusdiagnostiikka	11
6 Masennustilojen alaryhmät	12
6.1 Masennustilojen jakaminen	12
6.2 Dystyyminen masennus	12
6.3 Psykoottinen masennus	13
6.4 Melankolinen depressio eli somaattinen oireyhtymä	13
6.5 Epätyypillinen masennustila	14
6.6 Synnytyksen jälkeinen masennustila	14
6.7 Vuodenaikaan liittyvä masennustila	14
7 Masennuspotilaan hoito	15
7.1 Mielenterveyshoitotyö	15
7.2 Masennuspotilaan hoitotyö	15
7.3 Masennuspotilaan lääkkeellinen hoito	16
8 Masennuspotilaan hoitopolku	17
8.1 Hoitoperiaatteet ja terapeuttinen työyhteisö	17
8.2 Hoitopolku	18
9 Masennuspotilaan lääkkeettömät hoitomuodot	19
9.1 Psykoterapia	19
9.1.1 Kognitiivinen psykoterapia	21
9.1.2 Interpersoonallinen psykoterapia	22
9.1.3 Psykodynaaminen psykoterapia	24
9.1.4 Ratkaisukeskeinen terapia	24
9.2 Muita terapioita	26
9.2.1 Ryhmäterapiat	26
9.2.2 Perheterapia	26
9.2.3 Parisuhdeterapia	27
9.2.4 Musiikkiterapia	27
9.2.5 Kuvataideterapia	29
9.3 Sähköhoito	30
9.4 Kirkasvalohoito	30
9.5 Itsehoito	31
9.5.1 Alkoholi ja masennus	31
9.5.2 Liikunta ja masennus	32
9.5.3 Muita itsehoidon keinoja	32
10 Masennustilaan liittyvä itsemurhariski	33
11 Pohdinta	33
Kuva	35
Lähteet	35

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena on masennus ja masennuspotilaan lääkkeettömien hoitomuotojen tarkastelu. Masennus on tänä päivänä yleinen sairaus, erityisesti Suomessa. Masennuksesta ei niinkään puhuta aina sairautena. Sitä ei osata ajatella sairautena, sillä se eroaa paljon somaattisista sairauksista eli fyysisistä sairauksista. Masennuksen tunnistaminen vaatii hoitohenkilökunnalta sekä lääkäriltä paljon valppautta. (Vuorilehto & Riihimäki 2014.) Tässä opinnäytetyössä korostetaan sitä, kuinka mielenterveysongelmat ovat yhtä vakavia sairauksia ja tärkeitä hoitaa kuin somaattiset sairaudet. Masennuksen hoito on edelleen liikaa pelkän lääkehoidon varassa ja tämän vuoksi potilaan itsehoito sekä psykoterapeuttiset hoidot jäävät usein sivuosaan. (Vuorilehto & Riihimäki 2014.)

Masennuksen hoidossa lääkehoito on tärkeä hoitomuoto, mutta se vaatii useimmiten rinnalleen myös lääkkeettömiä hoitomuotoja. Masennuslääkkeiden tehosta sekä hyödystä käydään paljon kriittistä keskustelua nykyaikana. Tässä opinnäytetyössä painotetaan sitä, millainen hyöty lääkkeettömillä hoitomuodoilla todellisuudessa on ja kuinka tärkeitä ne ovat masennusta sairastaville. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan erityisesti erilaisia terapiamuotoja sekä myös muita lääkkeettömiä hoitomuotoja, joita ovat ETC-hoito, kirkasvalohoito sekä itsehoito.

Mielenterveysongelmat ovat yleistynyt sairaus ja usein ne jäävät myös toteamatta. Ne ovat tänä päivänä erittäin tavallisia sairauksia ja niistä tiedetään paljon. Niihin törmää lähes joka paikassa erityisesti sairaanhoitajan erilaisissa työympäristöissä ja tämän vuoksi on hyvä, että aihetta tutkitaan mahdollisimman paljon. Vaikka sairaanhoitajana ei työskentelisi juuri mielenterveystyön parissa, mielenterveyssairaudet kulkevat usein käsi kädessä somaattisten sairauksien kanssa. Mielenterveysongelmat ovat edelleen monille arka sekä pelottava aihe, myös hoitoalanhenkilökunnalle. Tähän tulisi puuttua antamalla lisää tietoa ja koulutusta sairauksiin liittyen. Masennus on sairaus siinä missä somaattisetkin sairaudet, ja mielenterveyspotilaiden tulisi aina saada samanlaista hyvää ja tukevaa hoitoa kuten kaikki muutkin.

Masennus eli depressio on mielenterveyden häiriö, joka kuuluu mielialahäiriöiden ryhmään. Lähes jokainen ihminen kokee jossain elämänvaiheessaan masentunutta mielialaa. On hyvä muistaa, että masennus ei aina tarkoita sairautta, sillä se on osa myös arkikieltämme. Masennus liittyy usein vaikeisiin elämäntilanteisiin ja ihminen voi tuntea olevansa masentunut, kun asiat eivät mene halutulla tavalla. Suurimmalla osalla ihmisistä masennus ei kuitenkaan etene niin pitkälle, että voitaisiin puhua sairaudesta. Varsinainen masennussairaus on yleensä muillekin näkyvä apea, alavireinen ja toivoton tila, mikä vaikuttaa päivittäiseen elämään. Masennustilaksi ei yleensä lueta tapauksia, joissa oireilu tulee normaalina reaktiona esimerkiksi läheisen ihmisen kuolemasta, ellei oireilu jatku epätavallisen pitkään tai jos oireet ovat hyvinkin vaikeita. (Aalto, Bäckmand, Haravuori, Lönnqvist, Marttunen, Melartin, Partanen, Partonen, Seppä, Suomalainen, Suokas, Suvisaari, Viertiö & Vuorilehto 2009, 29.)

Suomalaisista masennusta sairastaa noin 5 prosenttia ja myös somaattisesti sairaista noin 20- 60 prosentilla on masennuksen oireita. Masennusta ilmenee siis usein myös muiden sairauksien ohella, jotka heikentävät elämänlaatua. Masennustiloiksi kutsutaan lievää, keskivaikeaa, vaikeaa, psykoottista, pitkäaikaista sekä toistuvaa masennusta. Myös raskauden jälkeinen sekä vuodenaikoihin liittyvä masennus ovat masennustiloja. On tärkeä muistaa, että masennuksen oireet ovat aina yksilöllisiä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2012, 201.)

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata aikuisen ihmisen masennusta sekä masennuksen lääkkeettömiä hoitomuotoja. Tarkoituksena on selvittää, mitkä lääkkeettömät hoitomuodot ovat yleisimpiä ja kuinka yleisiä nämä lääkkeettömät hoitomuodot ovat masennuksen hoidossa.

Tavoitteena on kehittää sekä parantaa omaa ammatillista psykiatrasta osaamisaluetta sekä antaa selkeästi tietoa kyseisestä jatkuvasti yleistyvistä sairauksista sekä sen lääkkeettömistä hoitomuodoista. Tavoitteena on myös laatia selkeä sekä tiivistetty kuvaus masennuksen lääkkeettömistä hoitomuodoista.

Opinnäytetyö on suunnattu sosiaali- ja terveystieteiden opiskelijoille sekä muille aiheesta kiinnostuneille.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset

- Millainen sairaus masennus on tänä päivänä teoriassa?
- Mitä ovat yleisimmät lääkkeettömät hoitomuodot, joita on tarjolla masennusta sairastavalle potilaalle?
- Miten yleisiä hoitomuotoja lääkkeettömät hoitomuodot ovat?

3 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksena. Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsauksessa tavoitteena on käyttää tutkittua teoriaa sekä kehittää uutta teoriaa tämän tutkitun pohjalta. Tutkimuksessa käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta ja tarkemmin luokiteltuna, integroivaa kirjallisuuskatsausta. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmistä käytetyistä kirjallisuuskatsauksen tyypeistä ja kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voidaankin luonnehtia yleiskatsaukseksi, jossa ei ole tiukkoja tai tarkkoja sääntöjä ja tutkimuskysymykset ovat yleensä väljempinä. Käytetyt aineistot ovat yleensä laajoja ja aineiston valinnassa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkitavan ilmiön ominaisuuksia. Integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään yleensä, kun halutaan kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti, kuten tässä opinnäytetyössä on tarkoituksena. Integroiva kirjallisuuskatsaus on hyvä tapa tuottaa uutta tietoa jo tutkitusta aiheesta. Lisäksi se auttaa kirjallisuuden tarkastelussa, kriittisessä arvioinnissa ja syntetisoinnissa. (Salminen 2011.)

Tässä tutkimuksessa käytetään sekä tutkitaan monia laajoja kirjallisia lähteitä sekä tutkimuksia, joissa on tutkittu tai muutoin käsitelty opinnäytetyön aihetta ”Masennusta sairastavan potilaan lääkkeettömät hoitomuodot”. Tutkimuksessa käytetään myös luotettavia internet-lähteitä, jotka sopivat opinnäytetyöhön. Koska terapiamuotoja masennuksen hoitoon on erittäin laajalti ja niitä kehitetään jatkuvasti lisää, rajasin omaa työtäni yleisimpiin ja käytetyimpiin terapiamuotoihin.

Aineistonkeruun aloitin hakemalla Saimaan ammattikorkeakoulun Nelli-Portaali- sekä Wilma pikahaku-tietokannasta aiheeseen liittyvää materiaalia. Nelli-tietokannasta löytyi todella paljon aiheeseen kuuluvaa tietoa, joten rajasin ha- kuani paljon lähteiden ja julkaisuvuosien perusteella. Käytin hakusanoja ma- sennus, sähköhoito, depressio ja tarkennettuna hoitomuodot sekä lääkkeettö- mät hoitomuodot. Wilma pikahaku-tietokannasta etsin materiaalia hakusanalla masennus hoit?. Lisämateriaalia lähdin etsimään myös Imatran kaupungin kir- jastosta. Sain apua kirjastossa työskentelevältä informaatikolta, joka auttoi löy- tämään tarvittavaa materiaalia opinnäytetyötäni varten. Kävimme läpi lähes kaikki aiheeseen psykiatria, psykoterapia, masennus ja masennuksen hoito- muodot kuuluvat materiaalit, ja valitsin niistä parhaiten omaan tutkimukseeni sopivat.

Aineiston valintakriteerit:	Aineiston poissulkukriteerit:
1. Julkaisuvuosi vähintään vuosi 2000 2. Suomenkielinen 3. Aihepiiriin kuuluva aihe: masen- nus, masennuksen hoitomuodot, masennuksen ehkäisy, mielenter- veyshoitotyö, lääkkeettömät hoi- tomuodot	1. Ei koko lähdetekstiä saatavilla 2. Julkaisuvuosi vanhempi kuin vuosi 2000 3. Aihepiiri painottuu liikaa lääkehoi- don puolelle 4. Muu kuin suomenkielinen lähde

Kuva 1. Hakuprosessin valinta- ja poissulkukriteerit

4 Opinnäytetyöhön liittyvät eettiset näkökohdat

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luotettava tapa tuottaa tutkimusta. Eettisiä on- gelmia voi luoda valitun kirjallisuuden luotettavuus. Kirjallisuuskatsauksen luo- tettavuuteen vaikuttaa vahvasti se, miten kattavasti ja laajasti löytyy tarkoituk-

senmukaisia artikkeleita ja tutkimuksia, ja se, miten kriittisesti itse tutkii lähdettä ja hyväksyykö sen omaan tutkimukseensa. (Salminen 2011.)

Kirjallisuuskatsausta toteutettaessa sekä lähdemateriaalia etsittäessä hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Hyvään ja luotettavaan kirjallisuuskatsaukseen vaikuttavat lähteiden rehellisyys, huolellisuus sekä tarkkuus. Tämä kirjallisuuskatsaus on pyritty tekemään rehellisesti, huolellisesti sekä mahdollisimman tarkasti ja tarkkojen lähdemerkintöjen avulla on kunnioitettu alkuperäisten tutkimusten tekijöitä ja heidän saavutuksiin. (Kivelä 2012.)

Opinnäytetyöni tekemiseen ei tarvitse hakea mitään erityisiä lupia, sillä tuotan tutkimuksen kirjallisuuskatsauksena. Pyrin käyttämään työssäni uudempaa tietoa, mutta hyväksyn siihen muutaman vanhemmankin lähteen. Lähdekritiikki on tärkeää, kun etsin tietoa tutkimukseeni.

5 Masennus

5.1 Masennuksen riskitekijöitä

Keskeisiä riskitekijöitä masennushäiriöihin ovat peritty haavoittuvuus, altistavat persoonallisuuden piirteet, lapsuusiän traumat ja traumaattiset tapahtumat sekä ajankohtaiset kuorimittavat elämän muutokset kuten esimerkiksi avioero tai lähimmäisen kuolema. (Henriksson, Lönnqvist, Marttunen & Partonen 2011, 154.) Erityisen yleistä masennus on neurologisten sairauksien, syöpäsairauksien, sydänsairauksien yhteydessä ja näiden jälkeen sekä diabeteksessa ja kroonisissa kiputiloissa. Myös monet somaattisten sairauksien lääkkeet voivat haittavaikutuksillaan aiheuttaa masennusoireita. Psykkinen ja fyysinen terveys ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa. Masennusta aiheuttavat mekanismit ovatkin usein sekä psykkinisiä että fyysisiä. (Turtonen 2006, 18.)

Muita elämäntilanteeseen liittyviä tekijöitä ovat muun muassa ihmissuhteen katkeaminen, vaikeat ihmissuhteet, lapsen syntyminen sekä synnytyksen jälkeinen masennus. Myöskin työn tai työkyvyn menetys, pitkäaikainen somaattinen sai-

raus sekä siitä selviytyminen ja lapsuuden traumat kuten, seksuaalinen hyväksikäyttö tai pahoinpitely ovat elämäntilanteeseen liittyviä tekijöitä, jotka helposti aiheuttavat masennusta. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 10.)

Biologisia ja psyykkisiä tekijöitä ovat perinnöllinen alttius sairastua masennukseen, naissukupuoli, aikaisempi masennusjakso, tunne-elämän ongelmat, hormonaaliset muutokset sekä talvikuukausina kirkkaan valon puutos. Sairauksiin liittyviä tekijöitä ovat jokin somaattinen sairaus, haittavaikutukset lääkkeistä, päihderiippuvuus tai mielenterveyden häiriö. (Heiskanen ym. 2011, 10.)

5.2 Masennuksen oireet ja ilmeneminen

Masennus oireilee monin eri tavoin ja oireet ovat yleensä hyvin yksilöllisiä. Oireita ovat muun muassa huomattava mielialanlasku, yleinen ahdistuneisuus, keskittymisvaikeudet, aloitekyvyttömyys, mielihyvän tunteiden katoaminen, uniongelmat, ruokahalun katoaminen, itsesyytökset sekä riittämättömyyden ja syyllisyyden tunteet. Muita muutoksia joita masennustiloissa ilmenee, ovat painonmuutokset, synkät ajatukset, toivottomuuden sekä arvottomuuden tunteet, ja yleisesti masentuneen toimintakyky on yleensä madaltunut ja selviytyminen jopa arkipäivän asioista voi olla haastavaa sekä hankalaa. (Kuhanen ym. 2012, 202.)

Masennuksen diagnoosi voidaan todeta kun masennusjakso on kestänyt vähintään kaksi viikkoa. Diagnoosia tehdessä todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista: masentunut mieliala suurimman osa ajasta, ennen mielihyvää tuottaneet asiat eivät enää kiinnosta tai tuota minkäänlaista mielihyvää sekä vähentyneet voimavarat ja poikkeuksellinen väsymys jatkuvasti. Diagnoosin määrittämiseen tarvitsee todeta edellisten oireiden lisäksi jokin tai jotkin seuraavista oireista siten, että oireita on yhteensä vähintään neljä: itseluottamuksen tai oman arvostuksen väheneminen, itsesyytökset, ajatukset kuolemasta tai itsemurhasta, itsetuhoinen käytös, keskittymisvaikeudet, psykomotorinen muutos, unihäiriöt sekä ruokahalun muutokset. (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkoski, Puukko, Riihimäki, Sundman & Tauriainen 2010, 10- 11.)

Masennuksen vaikeusastetta voidaan mitata monin eri tavoin. Vaikeusaste mitataan aina yksilöllisesti kullakin potilaalla. Masennuksen vaikeusaste voidaan

mitata oireiden lukumäärällä tai oiremittareilla, joita ovat BDI-21 sekä Hamiltonin sekä Montgomery-Åsbergin depressioasteikolla. Näiden lisäksi vaikeusastetta voidaan arvioida toimintakyvyn heikkenemisellä. (Haarala ym. 2010, 11.)

Lievän masennuksen tunnuspiirteitä ovat, että sen kesto on vähintään kaksi viikkoa ja oireet tuntuvat potilaasta häiritseviltä ja vaikuttavat potilaan elämään joissain määrin, kuten ihmissuhteisiin. Keskivaikeassa masennuksessa ilmenee kaksi pääoiretta sekä kolmesta neljään muuta oiretta. Keskivaikeassa masennuksessa masennusjakso kestää vähintään kaksi viikkoa ja masennus häiritsee huomattavasti ihmissuhteita sekä työskentelyä. Vaikeassa masennuksessa erotetaan taudinkuva ilman psykoottisia oireita sekä taudinkuva jossa ilmenee psykoottistakin oireilua muiden oireiden lisäksi. Taudinkuvassa, jossa ei ilmene psykoottisia oireita, esiintyy kaikkia pääoireita sekä niiden lisäksi neljää muuta oiretta ja minimikesto oireilulla on vähintään kaksi viikkoa. Poikkeuksena ovat tilanteet, joissa oireilu on hyvin vaikeaa, tällöin jakso voi olla lyhempikin. Psykoottisiin oireisiin ilmenevässä vaikeassa masennuksessa liittyy edellisten lisäksi deluusioita eli harhaluuloja sekä hallusinaatioita, jotka tunnetaan myös nimellä aistiharhat. (Almqvist, Ebeling, Heinälä, Kaivosoja, Karhu, Kumpulainen, Linna, Lyytinen, Länsimies, Mervaala, Moilanen, Mäntymaa, Nieminen, Pajulo, Piha, Piippo, Poijula, Puura, Rantanen, Räsänen, Savonlahti, Tamminen, Uusikylä, Westerinen 2004, 218- 219.)

5.3 Masennuksen erotusdiagnostiikka

Masennus tulee aina erottaa selkeästi kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä sairausjaksot ovat esiintyneet maanisina, hypomaanisina tai sekamuotoisina, joissa esiintyy samanaikaisesti sekä maanisia, että depressiivisiä oireita. Masennusta epäiltäessä ja sen tilaa tutkittaessa on aina selvitettävä onko potilaalla esiintynyt aiemmin maanisia, hypomaanisia tai sekamuotoisia jaksoja. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Masennuksen oireita tutkiessa on hyvä selvittää, etteivät oireet johdu jostain somaattisesta sairaudesta. Näitä sairauksia ovat esimerkiksi foolihapon tai B12-vitamiinin puutokset, sydäninfarktista, aivoinfarktista, endokrinologisista häiriöistä, pahanlaatuisesta kasvaimesta tai jostain muusta neurologisesta sairaudesta

johtuvat oireet. Erityisesti on hyvä ottaa huomioon iäkkäät, joilla ei ole ollut aikaisempia masennuksen oireita, epätavallisen oirekuvan omaavat potilaat sekä potilaat, jotka eivät saa haluttua vastetta masennuksen tavanomaisesta hoidosta. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Somaattisesti sairaista potilaista 20- 60 prosentilla on masennuksen oireita. Eri-tyisesti aivohalvauspotilailla, dementiaa ja Parkinsonin tautia sairastavilla, kilpirauhasen vajaatoiminnasta kärsivillä, diabeetikoilla ja sepelvaltimotautia sekä syöpää sairastavilla ilmenee masennuksen oireita. (Kanerva ym. 2010, 201.) Tutkimuksista käy ilmi, että joka kymmenes terveyskeskukseen tuleva potilas sairastaa masennusta, vaikka käynnin syy olisikin somaattinen (Vuorilehto ym. 2014).

Masennusdiagnostiikkaa tutkittaessa tulee sulkea pois muihin sairauksiin käytettävä lääkehoito. Myös päihteiden väärinkäyttö sekä päihderiippuvuudesta johtuvat masennustilat tulee sulkea pois. Masennuksen diagnoosia ei tehdä tapauksissa, kun kyseessä on luonnollinen surureaktio, esimerkiksi läheisen ihmisen kuolema. (Käypä hoito -suositus 2014.)

6 Masennustilojen alaryhmät

6.1 Masennustilojen jakaminen

Masennustilat voidaan jakaa niiden keskeisten piirteiden mukaisesti ryhmiksi. Näiden ryhmien avulla pyritään parantaa hoitoa ja hoitomuotoja tarkoituksenmukaisella tavalla erilaisille potilaille. Ongelmia ryhmien luomisessa ovat ryhmitelytapojen lukuisat määrät, jotka voivat olla kiistanalaisia. (Heiskanen ym. 2011, 22.) Seuraavissa luvuissa esitellään eri masennustiloja.

6.2 Dystyyminen masennus

Dystymiisella masennuksella tarkoitetaan vakavaa masennusta lievempää masennuksen muotoa, mikä on pitkäaikainen mielialahäiriö. Usein dystyyminen masennus joko edeltää tai on seurauksena vakavasta masennuksesta. Jopa puolella sairastuneista oireet voivat olla alkaneet jo ennen 25 vuoden ikää ja dystyymista masennusta sairastava ihminen voi pitää oireita tavallisina elä-

määnsä kuuluvina tuntemuksina eikä tämän vuoksi hae apua vuosikausiin. (Luhtasaari 2010.)

Dystyymisestä masennuksesta kärsivä on usein myös ahdistunut. Potilas saat-
taa kärsiä masennuksen lisäksi myös persoonallisuushäiriöstä, päihdeongelmis-
ta tai syömishäiriöistä. Keskeinen diagnostinen ominaisuus dystyymiselle ma-
sennukselle on, että potilaan mieliala on ollut masentunut lähes jatkuvasti vä-
hintään kahden vuoden ajan. Tämän lisäksi potilaalla voi olla entisestä vähen-
tynyt energia tai aktiivisuus, unettomuutta, heikentynyt itseluottamus, riittämät-
tömyyden tunteita, keskittymisvaikeuksia, itkuisuutta, kiinnostuksen menetys
sukupuolielämään tai muihin mielihyvää antaviin asioihin, toivottomuuden tun-
netta, murehtimista menneisyydestä sekä vähentynyttä puheliaisuutta. (Luhta-
saari 2010.)

Useissa tapauksissa dystyymistä masennusta kärsivä on usein pessimistinen
tai vaativa. Pitkäaikaisuuden vuoksi dystyyminen masennus aiheuttaa toiminta-
kyvyn heikkenemistä, jolloin työkyky vähentyy ja ilmenee sosiaalisia ongelmia.
Erillisiä sairausjaksoja ei ole, jolloin masennuksen tila on koko ajan samanlai-
nen. (Luhtasaari 2010.)

6.3 Psykoottinen masennus

Vaikeimpia masennustiloja ovat psykoottiset masennustilat lähinnä sen vuoksi,
että niiden oirekuvaan liittyy vaikeiden masennusoireiden lisäksi psykoottisia
oireita. Yleisimpiä psykoottisia oireita ovat harhaluulot ja joissain tapauksissa
jopa aistiharhat. Kuitenkin masennukseen liittyvä täysi lamaantuminen on hyvin
harvinaista psykoottisessa masennuksessa. Psykoottisen masennuksen hoi-
dossa psykoterapeuttinen hoito tai masennuslääke yksinään ei ole vaikuttava
hoitomuoto. Lääkehoitona käytetään antipsykoottisen ja masennuslääkkeen
yhdistelmää oireista riippuen. Tehokkain hoitomuoto on kuitenkin ETC-hoito eli
sähköhoito. (Heiskanen ym. 2011, 22.)

6.4 Melankolinen depressio eli somaattinen oireyhtymä

Melankolisella depressiolla viitataan depression alamuotoon, jota on aiemmin
totuttu kutsumaan endogeeniseksi eli sisäsyntyiseksi masennukseksi. Nämä

masennustilat ovat usein oirekuvaltaan vaikea-asteisia ja usein myös psykoottisia. Tyypillisiä oireita ovat aamuyön unettomuus, mielialan vaihtelu vuorokaudenajan mukaan, psykomotorinen hidastuminen, psykomotorinen hidastuminen, ruokahaluttomuus, laihtuminen, libidon lasku sekä harhaluulon asteiset syyllisyyden tunteet. Erityisesti biologiset hoitomuodot ovat keskeisiä ja lääkehoidossa niin kutsutut kaksoisvaikuttavat lääkkeet tehokkaimpia. (Heiskanen ym. 2011, 22.)

6.5 Epätyypillinen masennustila

Epätyypillisellä masennustilalla tarkoitetaan masennustilaa, jossa masennustilalle ominaisia piirteitä sekä oireita ovat niin kutsutut käänteiset vegetatiiviset oireet. Näitä oireita ovat liikaunisuus, lisääntynyt ruokahalu sekä lihominen. Lääkehoidossa vältetään masennuslääkkeitä, jotka aiheuttavat väsymystä. MAOn estäjiä sekä serotoniinin takaisinoton estäjiä vältetään. (Heiskanen ym. 2011, 22.)

6.6 Synnytyksen jälkeinen masennustila

Synnytyksen jälkeisellä masennustilalla tarkoitetaan neljän viikon kuluessa synnytyksestä alkavaa masennustilaa. Suurella osalla juuri synnyttäneistä äideistä esiintyy lieviä masennusoireita, jotka eivät ole välttämättä vakavia oireita ja joiden ennuste on yleensä hyvä. Raskauteen sekä synnytykseen liittyy paljon sekä spesifejä etrogeeniaineenvaihdunnan muutoksia että omia äidin psykologisesti elämää kuormittavia tekijöitä kuten elämänmuutos uuden perheenjäsenen synnyttämisestä. Hoitona pyritään käyttämään lyhytpsykoterapiaa sekä estrogeenihoitoa. (Heiskanen ym. 2011, 22- 23.)

6.7 Vuodenaikaan liittyvä masennustila

Vuodenaikaan liittyvä masennustila eli lyhenteenä SAD muodostuu sanoista seasonal affective disorder. Sairausjaksoja jotka toistuvat säännöllisesti tiettyinä tai tiettyinä vuodenaikana ja lievittyy itsestään vuodenajan vaihtuessa. Kaamosmasennus on yleinen masennustila talviaikoina. Oireita ovat väsymys, liianukuminen ja lisääntynyt ruokahalu, erityisesti hiilihydraattien lisääntyminen.

Hoitona toimii yleensä kirkasvalohoito, mutta myös tarvittaessa SSRI-ryhmän masennuslääkkeet. (Heiskanen ym. 2011, 23.)

7 Masennuspotilaan hoito

7.1 Mielenterveyshoitotyö

On hyvä muistaa hoitajana, että mielenterveyshoitotyön osaaminen lähtee siitä, että hoitajalla itsellään on tarkka tieto siitä, mitä käsite mielenterveys tarkoittaa. Se voidaan määritellä jokaisen ihmisen hyvinvoinnin perustaksi sekä voimavaraksi, jota määrittävät yksilölliset tekijät, kokemukset, sosiaalinen tuki, vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet, resurssit sekä kulttuuriset arvot. Mielenterveystyö voidaan jakaa kahteen eri hoitomuotoon, mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveysongelmien hoitoon. Tässä kohtaa hoitajan tulee nähdä mielenterveystyö laajasti ihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä lisäävänä työnä, jossa keskittyminen kohdistuu potilaan vahvuuksiin sekä voimavaroihin. Tarkoituksena on vahvistaa pärjäävyyttä ja lisätä suojaavia ulkoisia tekijöitä. Mielenterveyshoitotyö jaetaan mielenterveyttä edistävään, mielenterveyttä ennalta ehkäisevään ja mielenterveyttä korjaavaan tasoon. (Kanerva, Kuhanen, Oittinen, Seuri & Schubert 2010, 204.)

7.2 Masennuspotilaan hoitotyö

Kuten monet muutkin etenevät sekä pitkäkestoiset sairaudet, myös masennus tulisi tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja hoidon aloitus tulisi aloittaa heti (Lind, Tuulia-Henriksson & Autti-Rämö 2011). Varhaisen puuttumisen avulla masennuksen puhkeamista voidaan ehkäistä tai lieventää varsinaiseen masennukseen sairastumista ja siitä potilaalle aiheutuvaa kärsimystä. (Kanerva ym. 2010, 29.) Useimmiten hoitoon hakeutuneella masentuneella potilaalla on jokin yksittäinen oire, joita ovat esimerkiksi unettomuus, vatsavaivat, paniikkikohtaukset tai muut kiputilat. Suuri osa potilaista, jotka ovat joutuneet vaikeuksiin unilääkkeiden tai rauhoittavien kanssa, kärsivät todellisuudessa masennuksesta. Terveyskeskuksiin hakeutuneista masentuneista potilaista yleisimpiä oireita ovat unihäiriöt sekä väsymys. (Luhtasaari 2002, 13.)

Masennuksen hoito tulee suunnitella jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. Masennuksen hoitoprosessissa vaaditaan hoitajalta tukevan sekä mahdollisimman läheisen hoitosuhteen luomista. Omahahoitajasuhde, toivottomuuden lievittäminen sekä toivon ylläpitäminen ovat keskeisiä hoitotyön menetelmiä masennuksesta toipumisessa. Hoitajalla tulee olla empatiakykyä, herkkyyttä ja kannustavuutta potilaalle juuri sen verran, että potilas tulisi autetuksi ajallaan, mutta saisi toiveikkuutta herättävän kokemuksen myös omasta selviytymisestään. Hoitajan on hyvä muistaa, että liika auttaminen ja potilaan puolesta tekeminen saattavat passivoida potilasta entisestään, eikä tämä tapa tue potilaan omaa kokemusta itsenäisestä selviytymisestä. (Kanerva ym. 2010, 206- 207.)

Hoitosuhteessa on tärkeää potilaan kannustaminen ottaa vastuuta omasta elämästään, potilaan kuuleminen sekä potilaasta välittäminen. Hoitaja ei kuitenkaan voi olla potilaalle liian vaativa vastuunottamisesta, sillä epäonnistumisen tunne voi vaikeuttaa tai lisätä masennuksen tunnetta potilaalla. On luonnollista, että hoitajalle voi tulla halu tehdä asioita potilaan puolesta, kun tämä ei niihin itse kykene, mikä ei kuitenkaan edistä potilaan omaa paranemista. Masennusta sairastavan potilaan hoitaminen vaatii hoitajalta paljon, erityisesti oman erillisyyden säilyttämistä. Hoitajan on hyvä osoittaa potilaalle välittämistä, mutta ei ottaa vastuuta potilaan pahasta olost. (Kanerva ym. 2010, 207.)

Masennusta sairastavan potilaan hoitotyö on hoitajalle rankkaa ja vaatii hoitajalta paljon tunteista irrottautumista. Masentuneen potilaan lähellä oleminen voi herättää hoitajassa paljon erilaisia tuntemuksia. Hoitajan on tärkeää päästä jakamaan omia tuntemuksiaan sekä työyhteisössä että työnohjauksessa. (Kanerva ym. 2010, 207.)

7.3 Masennuspotilaan lääkkeellinen hoito

Pitkän ja laadukkaan hoitosuhteen tukena käytetty lääkehoito auttaa merkittävästi yleensä lähes kaikkia masennuspotilaita, mikäli potilaalla ei ole esteenä fyysistä sairautta tai alkoholiongelmia. Lääkehoito korjaa masennusoireita usein myös silloin, kun vaikean masennuksen syynä ovat ulkoiset olosuhteet. (Turtonen 2006, 20.) Mielialalääke vaikuttaa aivoihin muun muassa palauttamalla välittäjäaineiden tasapainotilan sekä lisäämällä hermoverkoston uusiutu-

miskykyä. Mielialalääke siis suojaa hermosoluja sekä estää muistialueiden surkastumista. (Rossi & Tuisku 2010, 68.)

Lääkehoidon vaikuttavuudesta on vahva tieteellinen näyttö etenkin vaikean sekä keskivaikean masennuksen hoidon yhteydessä sekä myös kroonisen masentuneisuuden hoidossa. Lääkehoidosta on katsottu olevan hyötyä myös lievempien masennusoireiden hoidossa, mutta hoidon hyöty näissä tapauksissa ei ole kuitenkaan kovinkaan suuri, jos vertaa lääkettämiin hoitomuotoihin. Suurimmat haasteet lääkehoidossa ovat hoitoa vaativien masennustilojen tunnistaminen, hoidon oikea kohdentaminen sekä hoidon jatkuvuus. Potilaat saattavat kuitenkin itse lopettaa lääkityksen, jos kokevat sen tarpeettomaksi, vaikka hoidon keskeytyminen lisää vahvasti masennuksen uusimisen vaaraa. (Heiskanen ym. 2011, 72.)

Masennuslääkkeiden hoidon teho riippuu vahvasti potilaasta. Masennuslääkkeen valinta riippuu siitä, onko kyseessä vakava masennus vai krooninen masennus. (Punkanen 2001, 96.) Keskimäärin kahdella kolmasosalla lääkehoitoa käytettävistä masennuspotilaista havaitaan yleensä selkeä lääkevaste noin 4-6 viikon kuluessa. Masennuslääkkeiden käyttäjistä täysin oireettomiksi tulee kuitenkin vain noin puolet. Lumelääkkeellä vastaava myönteinen vaste ilmenee noin kolmasosalla avohoidon potilaista ja sairaalapotilailla huomattavasti harvemmin. Lumevaste riippuu masennuksen vaikeudesta ja siitä mitä kauemmin masennus on kestänyt. Masennustilojen hoidossa lääkkeiden teho ilmenee psykologisista taustatekijöistä riippumatta. Asianmukainen lääkehoito ei haittaa psykoterapiaa, ja päinvastoin se voi tehostaa psykoterapian myönteisiä vaikutuksia. (Heiskanen ym. 2011, 72.)

8 Masennuspotilaan hoitopolku

8.1 Hoitoperiaatteet ja terapeutin työyhteisö

Masennuspotilaan hoidossa voidaan käyttää biologisia, psykologisia tai potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. Masennusta hoidettaessa potilaan tulee saada aina hoitoa, joka on osoitettu potilaalle itsellensä vaikuttavaksi ja on tarpeeksi tutkittua sekä sillä on vahva näyttö. Jotta hoidosta on hyö-

tyä, tulee potilaan sitoutua hoitoon täysin, ja hänellä tulee olla vahva halu parantua tilastaan. Masennuksen hoidossa tulee kaikkien hoitoprosessiin osallistuvien toimia yhteisönä. (Heiskanen ym. 2011, 25.)

Terapeuttiseksi hoitoyhteisöksi kutsutaan mitä tahansa hoito- tai kasvatuksellista yhteisöä, joka pyrkii parantamaan potilaiden tilaa tarjoamalla mahdollisuuksia tuottavaan työhön, kykyjen kehittymiseen sekä yhteisön päivittäiseen johtamiseen. Hoitotyössä terapeuttisella yhteisöllä tarkoitetaan tiettyjen periaatteiden ja menetelmien soveltamista ihmisten ongelmien sekä myös häiriöiden käsittelemiseksi. (Punkanen 2001, 61.) Esimerkiksi masennuspotilaan terapeuttinen hoitoyhteisö voisi olla potilas itse, hoitaja, lääkäri sekä mahdollisesti potilaan omaiset. Jokaisella ryhmän jäsenellä on päämääränä saada potilas voimaan paremmin ja mahdollisesti kokonaan parantumaan.

8.2 Hoitopolku

Masennuksen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on akuuttihoito eli heti masennuksen alkuvaiheessa aloitettu hoito. Akuuttivaiheessa hoidon tavoitteena on mahdollisimman pikainen toipuminen. Toinen vaihe on jatkohoito, jolla pyritään estämään masennuksen uusiutuminen. Jatkohoito kestää yleensä neljästä kuukaudesta yhdeksään kuukauteen. Ja lopuksi ylläpitohoito, mikä kestää useita vuosia. Hoitoon osallistuvien tulee huomioida, että masennus on helposti uusiva sairaus ja se voi uusia jopa vuosien päästä sen puhkeamisesta. Ylläpitohoidon aikana on uudelleen puhkeamisen riski yhä suuri. (Heiskanen ym. 2011,25.)

Suurinta osaa lievää- tai keskivaikeaa masennusta sairastavista potilaista hoidetaan perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Erikoislääkäritasoista hoitoa tarvitsee vain pieni osa masennuspotilaista. Hoito erikoissairaanhoidossa on tarpeen, kun potilaalla on vaikea, psykoottinen tai lääkeresistentti masennus. Erikoissairaanhoitoa tarvitaan myös tilanteissa, joissa potilas on monihäiriöinen tai itsetuhoinen. (Heiskanen ym. 2011, 25.)

Hoitopolku alkaa rajatulla hoitojaksolla, jonka aikana pyritään saamaan tuloksia eli toipumista aikaan potilaalla. Yleensä tähän hoitopakettiin kuuluu 4-10 käyntiä. Käynnit tulee jaksottaa säännöllisesti, riippuen potilaan tilasta. Jos potilaan tila

huonompi, on pyrittävä sopimaan tapaamiset mahdollisimman usein ilman pitkiä taukoja. (Heiskanen ym. 2011, 28.)

Hoitoa aloittaessaan potilas käy ensin lääkärin luona, joka arvioi tilan sekä hoidon tarpeen. Tarvittaessa hänet ohjataan depressiohoitajan luo, jos lääkäri toteaa siitä olevan hyötyä. Depressiohoitaja tapaa potilasta seurantakäynneillä, seuraa potilaansa tilaa ja tukee potilasta. Hoitaja tarjoaa myös tarpeen mukaan psykososiaalista tukea. Depressiohoitaja aloittaa oireiden kartoituksen erilaisia masennusseuloja sekä -kyselyitä käyttäen ja arvioi potilaan toimintakykyä. Hoidon tavoitteista sekä sisällöstä tulee sopia aina potilaan kanssa yhdessä. (Heiskanen ym. 2011, 25- 26.)

Potilaan voimavarat sekä ongelmaratkaisukeinot tulee aina kartoittaa. Tavoitteen tulee aina olla realistinen ja hoitajan onkin hyvä keskustella tavoitteista aina potilaan kanssa siten, että potilas itse ymmärtää oman tilanteensa. Yleisenä tavoitteena masennuksen hoidossa pidetään kaikkien masennusoireiden muuttumista korkeintaan lyhytaikaisiksi ja tilapäisiksi sekä toimintakyvyn palautumista normaaliksi. (Heiskanen ym. 2011, 27.)

On tärkeää muistaa, että masennuspotilasta tulee kohdella erittäin inhimillisesti sekä empaattisesti. On tärkeää kuunnella potilas ja antaa hänen kertoa mitä kaikkea hänellä on kerrottavanaan. Jokainen potilas on yksilö, ja se tulee ottaa hoidossa huomioon. (Pylkkänen, Rechardt, Saarinen, Taajamaa & Tamminen 2010, 44.)

9 Masennuspotilaan lääkkeettömät hoitomuodot

9.1 Psykoterapia

Mielialalääkitys yksin ei välttämättä ole tarpeeksi tehokas hoitomuoto masennuksen hoidossa, vaan tarvitaan myös psykososiaalista tukea (Tuisku ym. 2010, 68). Psykoterapiaan hakeudutaan yleensä masennuksen vuoksi. Erilaisen terapiamuotojen tarkoituksena on saada potilas tunnistamaan paremmin omia ajatuksiaan ja löytämään aidosti oma itsensä. Itsetuntemuksen ja oman mielen autonomian kehittäminen on mielenterveyden kulmakiviä, ja sitä voidaan

pitää myös psykoterapiatyön yhtenä päämääränäkin. Psykoterapian tavoitteena on henkisen kärsimyksen ja oireiden helpottaminen. (Pylkkänen ym. 2010, 10.) Psykoterapian käyttö sekä kysyntä ovat lisääntyneet (Paunio, Lindfors, Kalska, Karlsson, Kurri, Lehtovuori, Melart, Melartin, Näätänen, Pirkola & Wahlström 2012).

Psykoterapialla tarkoitetaan vakiintuneisiin psykologisiin periaatteisiin perustuvien tekniikoiden avointa ja suunnitelmallista soveltamista vuorovaikutuksessa sellaisen henkilön, psykoterapeutin kanssa, joka on päteväytynyt koulutuksensa ja kokemuksensa avulla ymmärtämään näitä tekniikoita auttaakseen ihmisiä muokkaamaan haitallisia tunteita, ajatuksia, asenteita sekä käyttäytymistä. (Henriksson ym. 2011, 659.)

Psykoterapia suuntauksen tulee aina perustua tutkittuun tieteelliseen tietoon tai teoriaan, joka auttaa ymmärtämään ihmisen normaalia kehitystä sekä psyykkisten häiriöiden eri muotoja. Psykoterapiasuuntauksen ja menetelmän valinnassa tulee aina ottaa huomioon sen soveltuvuus potilaan yksilöllisen häiriön hoitoon. Psykoterapia ei merkitse yksinomaan psykoterapeuttisia hoitomuotoja sekä hoitotekniikoita, sillä se merkitsee erityisesti hoitosuhteen jäsentämiselle välttämättömyyttä ajattelutapaa sekä teoriasta perustuvaa pohjaa potilaan oireiden psykologiselle ymmärtämiselle. Kaikilta työntekijöiltä sosiaali- ja terveysalalla edellytetään psykologista silmää työssään, potilaan tilan ymmärrystä sekä myös psykoterapeuttisia perustaitoja ammatissaan. (Henriksson ym. 2011, 659.)

Psykoterapioiden tutkiminen on aina ollut haasteellista (Pirkola 2014). Lukuisten kliinisten tutkimusten ja niiden perusteella tuotettujen meta-analyysien perusteella psykoterapian teho on huomattavan suuri. Meta-analyysien mukaan jopa yli kaksi kolmasosaa psykoterapiaa saaneista potilaista voi hoitojen jälkeen paremmin kuin ennen hoitoja, kun taas hoitoa saamatta olleista potilaista alle kolmasosalla vointi paranee vastaavassa ajassa. Kliinisen käytännön arjessa psykoterapian vaikuttavuus vaihtelee kuitenkin suuresti. Huonommillaan jopa yli puolet psykoterapiaa saaneista potilaista saattavaa jäädä lähes kokonaan hyötymättä hoidosta ja lähes joka kymmenennen tilanne voi jossain tapauksissa huonontua hoidosta riippumatta. (Paunio ym. 2012.) Psykoterapiasta saatava

hyöty on tutkimusten mukaan suurempi, jos terapeutin työskentelytapa sekä potilaan persoonallisuus ovat riittävän yhteensopivia (Huttunen 2006).

Tutkijoita ovat erityisesti turhauttaneet verokkiastelmien pulmat sekä spesifin vaikuttavuuden osoittamisen vaikeudet, jotka liittyvät pitkiin terapioihin. On kuitenkin syntynyt vaikuttavuusnäytön edellyttävää tutkimusta sen verran tarpeeksi, että pelitila terveydenhuollon kentillä on pystytty säilyttää. Suomalaisessa palvelujärjestelmässä eletään psykoterapioiden kannalta hyvin mielenkiintoista aikaa, sillä SOTE-uudistuksen yhteydessä pyritään uudistamaan erityisesti psykoterapiaan ohjautumista rasittunutta monikanavarahoitusta, minkä oletetaan parantavan terapioihin ohjautumista. Myös psykoterapiakoulutusten laatua on aloitettu kehittämään sekä yhdenmukaistamaan. (Pirkola 2014.)

9.1.1 Kognitiivinen psykoterapia

Kognitiivisessa psykoterapiassa pyritään järjestelmällisesti paneutumaan potilaan vääristyneeseen sekä myös hyvin kielteiseen ajattelutapaan, sillä masentuneen tunne-elämä sekä ajattelutapa ovat hyvin vääristyneitä sekä lohduttomia. Siihen kuuluu minä-kuvan vääristyminen sekä kielteisiä ja hyvin jäykkiä ajatusmalleja ja ajatuskulkuja. Esimerkkinä voi pitää masentuneen ihmisen ajatusmallia, miten potilas minimoi kaiken hyvän elämästään ja suurentele kaikkia huonoja asioita. Hoito perustuu aktiiviseen keskusteluun ja potilaalle annetaan myös kotitehtäviä, missä hänen täytyy esimerkiksi pitää kirjaa negatiivisista ajatuksistaan. (Pylkkänen ym. 2010, 47.) Päivittäinen potilaan pitämä päiväkirja on tärkeä apuväline kognitiivisessa psykoterapiassa. (Heiskanen ym. 2011, 95).

Kognitiivinen psykoterapia soveltuu ensisijaisesti akuutin masennuksen hoitoon. Yleensä taustalla on jokin ikävä kokemus tai vaille jäämisen kokemus, joka on yritetty unohtaa, mutta jokin negatiivinen nykypäivän asia helposti laukaisee sen. Kognitiivinen malli ohjaa terapeuttia ja potilasta käsittelemään ja ymmärtämään miten masennus olisi ymmärrettävissä ja mitkä syyt johtavat siihen. (Heiskanen ym. 2011, 96.)

Potilas on oman hoitonsa aktiivinen osallistuja ja terapiassa terapeutin avustamana potilas oppii tunnistamaan omia mieleen tulevia kielteisiä ajatuksiaan ja osaa muuttaa näkemystään näistä negatiivisista ajatuksista. (Heiskanen ym.

2011, 96.) Terapian edetessä potilaalle alkaa hiljalleen siirtyä vastuuta toiminnan suunnittelusta sekä sisällöstä hänen vointinsa rajojen mukaisesti. On tärkeää, että terapeutti pyrkii osoittamaan potilaalle, miten alakuloinen olo ja kielteinen ajattelumalli liittyvät toisiinsa. (Huttunen & Kalska 2012, 62- 63.) Terapiassa pyritään saamaan potilaalle hyvää mieltä tuottavia asioita ja tarkoituksena on pyrkiä voinnin helpotukseen. Tavoitteiden tulee aina olla realistisia, jotta uusia pettymyksiä ei ilmaannu. Tulokset kognitiivisessa psykoterapiassa ovat hyviä niille potilaille, joilla ei ole ollut pitkäkestoista masennusta ja taustalla on 1-2 masennusjaksoa. (Heiskanen ym. 2011, 96.)

Tuloksellisuustutkimukset ovat olleet keskeinen osa kognitiivista psykoterapian kehitystyötä ja jopa jo ensimmäiset 1970-luvulla tehdyt tutkimukset ovat osoittaneet, että kognitiivinen psykoterapia voi olla yhtä tehokasta masennuksen hoidossa kuin masennuslääkkeet. Gloague'n tutkimusryhmä kokosi 1990-luvulla meta-analyysiin yhteensä 78 tutkimusta, joihin kuului yhteensä 2655 potilasta, jotka kärsivät lievästä tai keskivaikeasta masennuksesta. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kognitiivinen terapia oli merkittävästi tehokkaampaa kuin lumehoito tai hoitoon jonottaminen. On myös todettu, että terapia voi olla tehokasta myös vaikea-asteisessa masennuksessa ja estää masennuksen uusiutumista yhtä tehokkaasti kuin masennuslääkkeet. (Huttunen & Kalska 2012, 62- 63.) Kognitiivista terapiaa ei ole varsinaisesti kehitetty kroonisen masennuksen hoitoon (Holmberg & Kähkönen 2006).

9.1.2 Interpersoonallinen psykoterapia

Interpersoonallinen psykoterapia pohjautuu psykodynaamiseen psykoterapiaan. Keskittyminen kohdistuu usein masennukseen liittyvien huomattavien ihmissuhdeongelmien korjaamiseen. Potilas pyritään saamaan tarkkailemaan omaa käytöstään ja oppimaan uusia käyttäytymismalleja. (Pylkkänen ym. 2010, 47.)

Interpersoonallinen psykoterapia on lyhytkestoinen ja vaihteittain etenevä (Heiskanen ym. 2011, 97). Se kestää usein noin kolmesta neljään kuukauteen ja sisältää usein noin 12-16 viikoittaista käyntiä (Huttunen & Kalska 2012, 122.) Se on käytännön läheinen sekä ihmissuhteisiin keskittyvä. Oletuksena pidetään sitä että, kun ihminen oppii ymmärtämään oman elämäntilanteensa stressiteki-

jöiden ja masennusoireiden välisiä yhteyksiä sekä oppii ratkaisemaan ongelmiaan, oireet usein helpottuvat. (Heiskanen ym. 2011, 97.)

Terapeutti kuuntelee ensisijaisesti potilaan omia sekä muiden tärkeiden ihmisten rooliodotuksia. Potilaan omat rooliodotukset ovat yleensä sekaisin tai vääristyneet. Terapiassa halutaan selvittää miten potilaan ja hänen läheistensä odotukset kohtaavat. Tämän jälkeen voidaan havaita muutosmahdollisuuksia. Keskeinen ongelma on potilaan keskeinen roolimuuotos. Interpersoonallisesta rooliristiriidasta puhutaan, kun potilaalla ja vähintään yhdellä merkittävällä läheisellä henkilöllä on toisistaan poikkeavat odotukset keskinäiselle suhteelle. (Heiskanen ym. 2011, 98.)

Interpersoonallinen psykoterapia jakautuu aloitusvaiheeseen, keskivaiheeseen ja lopetusvaiheeseen. Alussa pyritään selvittämään masennuksen oireita sekä niiden merkityksiä. On tärkeää, ettei potilas vaadi itseltään liiallista selviytymistä omissa rooleissaan, kun hänellä ilmenee oireita. Lähtökohtana on ihmisen kehittyminen koko elämänsä ajan läheisissä suhteissa ja erityisesti silloin, kun tärkeän ihmissuhteen repeämät tulevat korjatuiksi. (Heiskanen ym. 2011, 98.)

Interpersoonallinen psykoterapia on kehitetty alun perin aikuisten masennuksen hoitoon, mutta myöhemmin terapian käyttöalue on laajentunut paljon sekä eri ikäkausille että eri diagnoosiryhmille. Interpersoonallisesta psykoterapiasta on tehty tutkimuksia, jotka ovat osoittautuneet tuloksiltaan lupaaviksi. Varhaisimmat interpersoonallisen psykoterapian tutkimukset on tehty jo 1970-luvun alussa, ja lukuisia tutkimuksia on tehty terapian tehon arvioimiseksi niin masennuksen akuuttivaiheeseen kuin pitkittyneenkin masennuksen hoidossa. Tutkimukset ovat osoittaneet interpersoonallisen psykoterapian olevan tehokas helpottamaan sekä poistamaan akuutin masennuksen oireita sekä pidentämään toistuvasta masennuksesta kärsivien hyvän olon jaksoja, kun siihen on liitetty myös masennuksen ylläpitohoito. Lääkehoitoa ja interpersoonallista terapiaa vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että terapiaa saaneille potilaille on kehittynyt uusia sosiaalisia taitoja hoidon jälkeisen vuoden aikana, toisin kuin vain lääkitystä käyttäneille potilaille. (Huttunen & Kalska 2012, 129.) Interpersoonallista terapiaa ei ole varsinaisesti kehitetty kroonisen masennuksen hoitoon (Holmberg & Kähkönen 2006).

9.1.3 Psykodynaaminen psykoterapia

Psykodynaamisessa psykoterapiassa hoidetaan ihmistä kokonaisena yksilönä, siinä ei keskitytä vain oireisiin. Hoito tapahtuu yleisesti 1-3 kertaa viikossa ja hoito kestää useista kuukausista moniin vuosiin saakka. Psykodynaaminen psykoterapia on suuri osa elämää ja vaikuttaa paljon omaan mielenterveyteen, hyvinvointiin ja tulevaisuuteen. (Pylkkänen ym. 2010, 48.)

Tämä terapiamuoto soveltuu monien erilaisten masennustilojen hoitoon. Psykodynaaminen terapiamuoto soveltuu hyvin myös masennuksen yhteydessä samanaikaisesti esiintyviin mielenterveyshäiriöihin ja esimerkiksi ihmissuhdeongelmien hoitoon. Yleisenä tavoitteena voidaan pitää potilaan omaa kykyä käsitellä sisäisiä ja vuorovaikutussuhteisiin liittyviä ristiriitojaan, edistää potilaan psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä vaikuttaa masennusoireilun synnyttäviin sekä ylläpitäviin tekijöihin. (Heiskanen ym. 2011, 89.)

Psykodynaaminen psykoterapia voi olla pitkä- tai lyhytkestoista, riippuen masennuksen tilasta. Terapeutti määrittää terapian keston potilaan oireilusta ja masennuksesta riippuen. Valtaosa hyötyy terapiasta, mutta on tärkeä muistaa, että eteneminen on aina yksilöllistä. Noin puolet potilaista toipuu masennustiloista. Potilaat, jotka soveltuvat hyvin lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan, voivat saada yhtä hyvän hoitovasteen kuin pitkäkestoisemmasta terapiasta saavat potilaat. Potilaat, jotka sairastavat masennuksen lisäksi jotain muita mielenterveysongelmia, eivät yleensä saa tarvittavaa hyötyä pelkästään psykodynaamisesta psykoterapiasta, ja yleensä nämä potilaat tarvitsevat pidempi aikaista terapiaa tai yhdistelmähoitoa, kuten lääkehoitoa terapian lisäksi. (Heiskanen ym. 2011, 92.)

9.1.4 Ratkaisukeskeinen terapia

Ratkaisukeskeisessä terapiassa pyritään vain pääsemään ongelmallisesta tilanteesta toivottuun tilanteeseen. Tämä on pääkohta siitä, miten ratkaisukeskeinen terapia eroaa muista terapioista. Terapiassa pyritään välttämään teoreettisia oletuksia ongelmien syistä, ja tavoitteena on pitää terapeutin omat ajatuksensa mahdollisimman pienessä roolissa. Ratkaisukeskeisessä terapiassa pyritään luottamaan siihen, että kysymykset ja keskustelu avaavat potilaalle sekä tera-

peutille uusia näkökulmia ja toimintatapoja. (Huttunen & Kalska 2012, 156-157.) Terapiaa, jossa painotetaan näkökulman systeemiseen vuorovaikutukseen, voidaan käyttää niin yksittäisten ihmisten, perheiden kuin pariskuntien kanssa. Useimmiten tavataan yksittäisiä ihmisiä, mutta terapiassa pyritään keskittymään potilaan sosiaalisiin suhteisiin. Masennuksen hoitoon käytettäessä terapiasuhteen alussa muut ratkaisukeskeiset teemat ovat usein tulevaisuusvisioita enemmän esillä. Ratkaisukeskeisyydellä tarkoitetaan edistymistä toivottuun suuntaan, ei ongelmien ratkaisua. (Heiskanen ym. 2011, 101.)

Keskeistä on selvittää, mikä tulevaisuudessa on hyvää. Keskitytään ongelmattomiin asioihin ja luodaan toivoa, että haluttuun suuntaan on mahdollista edetä. Hyvän tulevaisuuden kuvittelu usein lähes mahdotonta masentuneen ihmisen tilanteessa ja tämän vuoksi erityisesti terapiasuhteen alussa ovat ratkaisukeskeiset teemat enemmän esillä. Ratkaisukeskeisessä terapiassa näkökulman vaihtamine on tärkeää, masennus on luonnollinen reaktio vaikeaan elämäntilanteeseen. Masennusta hoidettaessa terapian kesto ja tapaamiset vaihtelevat masennuksen tilasta riippuen puolesta vuodesta vuoteen. (Heiskanen ym. 2011, 102- 103.)

Ratkaisukeskeisestä terapiasta on tehty paljon seurantatyyppejä tutkimuksia, mutta satunnaistettua vertailututkimusta on tehty vain Helsingin psykoterapiatutkimuksessa. Tutkimushankkeessa vertailtiin lyhyttä voimavarakeskeistä, lyhyttä psykodynaamista sekä kolmen vuoden mittaista psykodynaamista terapiaa masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Tutkimuksessa ratkaisukeskeisessä terapiassa tavattiin asiakkaita 2-3 viikon välein 8 kuukauden aikana korkeintaan 12 kertaa. Pitkässä psykodynaamisessa terapiassa puolestaan tavattiin 2-3 kertaa viikossa kolmen vuoden ajan ja tapaamisia oli noin 240. Viiden vuoden seurannassa eri terapiaryhmien välillä ei ollut tilastollisesti suuria merkittäviä eroja psykiatristen oireiden suhteen. Tutkimuksessa oli potilailla ollut myös muuta psykiatrista hoitoa, mikä vaikutti tulosten arvioimiseen aiheuttamalla epävarmuustekijöitä. (Huttunen & Kalska 2012, 162.)

9.2 Muita terapioidia

9.2.1 Ryhmäterapiat

Ryhmäterapioiden etuna on muiden potilaiden antama henkinen tuki ja terapeuttisten kykyjen hyväksikäyttö. Terapioiden ryhmästä saatu vaikutus ei siis rajoitu vain potilaiden ja terapeutin vuorovaikutukseen eikä muiden osanottajien potilaalle antamaan sosiaaliseen malliin. Ryhmäterapiassa voidaan käyttää hyödyksi kaikkien osanottajien omia reaktioita toisiinsa yhtenä heidän itsetiedostustaan edistävänä tekijänä. Ryhmäterapiamallilla on saavutettu hyviä tuloksia myös potilailla, jotka ovat taipuvaisia kyvyttömyyteen käsitellessään asioita kahdenkeskisesti terapeutin kanssa. (Pylkkänen ym. 2010, 144.)

Ryhmäpsykoterapia sisältää monia erilaisia hoitomenetelmiä. Tavoitteena on potilaan masennuksen parantaminen vapauttamalla hänen omat voimansa ja työstämällä vanhoja mieleen jääneitä traumaattisia tai ikäviä asioita. Ryhmäpsykoterapiat voidaan jakaa psykoanalyttiseen ja supportiiviseen ryhmäpsykoterapiaan. (Pylkkänen ym. 2010, 145.)

9.2.2 Perheterapia

Perheterapiassa keskeistä on puhua masennuksesta yhdessä koko perheen kanssa. On tavallista, että aikuisen masennuksesta ei perheessä puhuta häpeän ja syyllisyyden vuoksi. Perheenjäsenet eivät ole terapiassa mukana vain tiedonantajina tai tiedonsaajina, sillä tarkoituksena on saada aikaan avoin keskustelu, jossa kaikki perheenjäsenet saavat tuoda omat ajatuksensa esille. Yhteinen ymmärrys ja puhuminen ovat tärkeitä asioita perheterapiassa. (Heiskanen ym. 2011, 104.)

Normaalisti perheterapiaa toteutetaan terapeutin tai useiden terapeuttien muodostaman työryhmän sekä perheen välisen vuorovaikutuksen kautta siten, että terapeutti tai työryhmä tapaa istunnoissa yhtä aikaa useampaa perheenjäsentä. Toisinaan terapeutti tai työryhmä tapaa myös perhettä laajempaa vuorovaikutusverkostoa. Voidaan puhua perheen yhteisterapiasta, jossa työskennellään pääasiassa koko perheen kanssa. Ongelmaksi perheterapiassa on ilmennyt perheen määrittely, sillä tavanomaiset ydinperheen määritelmät, joita esimer-

kiksi rekisteri-, vero- tai sosiaaliviranomaiset käyttävät, eivät useinkaan sovellu perheterapiaan. Myöskin erilaiset uusperheiden monet muodot ovat perheterapian kohteena riippumatta siitä, mikä niiden juriidinen asema yhteiskunnassa on. (Aaltonen 2006.)

Perheterapiasta voidaan hakea apua lasten tai nuorten ongelmiin, perheen hajoamisen uhkaan, itsemurhayritykseen tai johonkin muuhun yhden perheenjäsenen psyykkiseen ongelmaan, kuten masennukseen. Perheterapiaa tarvitaan yleisimmin häiriöissä, jotka liittyvät korostuneisiin perheen sisäisiin riippuvuussuhteisiin. Etenkin lasten psyykkisten häiriöiden hoidossa perheterapia on tarpeen, koska lapset ovat muutenkin perheistään vahvasti riippuvaisia ikänsä ja kehitysvaiheidensa vuoksi. (Pylkkänen ym. 2010, 149.) Perheterapiasta on näyttöä jossakin määrin (Aaltonen 2006).

9.2.3 Parisuhdeterapia

Parisuhde kärsii vahvasti kun toinen puolisoista sairastaa masennusta. Pariterapiassa edistetään puolisoiden välistä puhumista ja ymmärtämistä. Parisuhteen ongelmien selvittäminen auttaa löytämään yhdessä tapoja selvitä masennuksesta. Puolison mukana olo on tärkeää myös, jos parisuhteessa itsessään ei ilmene ongelmia. Puolison tuki on potilaalle erityisen tärkeää. (Heiskanen ym. 2011, 105.) Pariterapia on havaittu merkittäväksi terapiamuodoksi potilaan yleisessä mielenterveydessä masennusoireista parantumisessa, psyykkisessä toiminnantasossa sekä alkoholin riskikäytön vähenemisessä. (Heiskanen ym. 2011, 106.)

9.2.4 Musiikkiterapia

Jos masennus on kroonista eikä liity mihinkään elämän akuuttiin tilanteeseen, voidaan hoidoksi harkita paljastavan psykoterapian soveltamista. Tilanteissa, joissa on mukana itsemurhariski, supportiivista terapiaa on syytä jatkaa, mutta siihen voidaan liittää eriasteisia paljastavia menetelmiä kuten esimerkiksi musiikkiterapiaa. (Ahonen 2000, 232.) Tutkimukset osoittavat, että masennus on yksi syy turvautua vaihtoehtoihin ja niin kutsuttuihin täydentäviin terapioihin. Syyt tähän vaihtelevat ja ovat hyvinkin erilaisia erilaisissa masennuksen kohderyhmissä. (Heiskanen ym. 2011, 109.)

Musiikkiterapia pitää sisällään erilaisia tekniikoita ja menettelytapoja. Sitä voidaan kutsua musiikin käytöksi terapeuttien päämäärien mukaisesti. Musiikkiterapialla tarkoitetaan kaikkia niitä menetelmiä, joissa musiikkia tai sen elementtejä käytetään terapeutin avun tarpeessa olevan yksilön tai ryhmän hoitamiseen, vammautuneen kuntouttamiseen tai psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisyä palvelevaan toimintaan. Käsitteenä musiikkiterapia viittaa hoidon välineenä käytettävään musiikkiin. Sitä pidetään prosessina, jossa musiikkiterapeutti sekä potilas kommunikoivat keskenään musiikkia käyttämällä. (Ahonen 2000, 30.)

Musiikilla on havaittu olevan vaikutusta tunteisiin sekä mielialoihin ja jopa tunteiden säätelyyn. Terapiaa voidaan luonnehtia terapeutin sekä potilaan väliseksi vuorovaikutukselliseksi prosessiksi, jossa potilaan hyvinvointia edistetään musiikillisin keinoin. Musiikkiterapia pohjautuu lähes aina, johonkin psykoterapeuttiseen malliin ja Suomessa yleisin psykiatrisen musiikkiterapian muoto pohjautuu psykodynaamiseen ajatteluun. Keskeisimpä eroja verbaaliseen psykoterapiaan ovat musiikillinen eli ei-kielellinen ilmaisu sekä vuorovaikutus. Musiikilla pyritään synnyttämään emotionaalisia mielleyhtymiä, mielikuvia sekä muistoja ja tätä kautta pyritään saamaan kosketusta potilaan ongelmiin sekä niiden olemukseen. (Erkkilä & Tervaniemi 2012.)

Musiikkiterapian vaikutusta masennuspotilaiden hoidossa on tutkittu varsin vähän. Aivotutkimukset ovat paljastaneet erityisesti mielimusiikin aktivoivan aivoissa yleisiä tunne- ja palkitsevuusmekanismeja. Suomalainen vaikuttavuustutkimus on osoittanut, että aktiivinen, yksilöllinen musiikkiterapia yhdistettynä tavanomaiseen hoitoon voi olla merkitsevästikin vaikuttavampaa kuin ainoastaan tavanomainen hoito yksin masennuksen, ahdistuksen sekä yleisen toimintakyvyn osa-alueilla. Tuoreessa väitöstutkimuksessa on todettu, että masennus muuntaa musiikin emotionaalista kokemusta. (Erkkilä & Tervaniemi 2012.)

Jyväskylän yliopistossa tehtiin vuosina 2008-2011 tutkimus, jossa psykodynaamiseen taustateoriaan perustuvan improvisaatiopohjaisen yksilömusiikkiterapian vaikutusta selvitettiin masennuksen hoidossa. Improvisaatiopohjainen lähestymistapa on varsin yleinen lähestymistapa suomalaisessa musiikkiterapiassa. Tutkimukseen osallistui 79 potilasta, joilla kaikilla oli musiikkiterapian li-

säksi lääkehoito sekä mahdollinen terapiahoito. Tutkimuksessa pyrittiin saamaan selville, onko musiikkiterapialla vaikutusta masennuksen hoidossa muiden hoitomuotojen ohella. Terapiatunneilla kaikilla potilailla käytettiin samoja soittimia, ja tunnit nauhoitettiin myöhempiä tutkimuksia varten. Perustason mitaukset tehtiin ennen hoitoa, hoitoprosessin aikana sekä hoitoprosessin päättymisen jälkeen. Kolmen kuukauden kohdalla havaittiin jo positiivisia tuloksia. Tuloksia arvioitiin päämittarina käytetyllä masennusmittarilla. Hoitovaste oli yli kaksinkertainen tavanomaista hoitoa saaneisiin verrattuna. Toisin sanottuna musiikkiterapiaryhmällä masennuksesta toipuminen oli vähintään 50 prosenttia lähtötasosta. Tutkimus osoitti, että suhteellisen lyhytkin interventio masennuksen hoidossa voi olla hyvinkin tehokasta. (Erkkilä & Tervaniemi 2012.)

9.2.5 Kuvataideterapia

Tekeminen on tärkeintä kuvataideterapiassa. Kuvataideterapian asiakas kuvaa omia tunteitaan ja tuntemuksiaan piirtämällä, maalaamalla, muovailemalla tai rakentamalla. Tämä terapiamuoto ei vaadi erityistä taiteellista lahjakkuutta potilaalta, joten kuvataideterapia on hyvin monelle masennusta sairastavalle sopiva terapiamuoto, jos potilaan tila sen sallii tai siitä nähdään olevan tehoa. (Pylkkänen ym. 2010, 153.)

Taidepsykoterapia tai taideterapia on erityisen perusteltua silloin kun potilaalla on oma sanallinen itseilmaisuus estynyt tai rajoittunut. Terapiasta voi olla myös hyötyä silloin, kun potilas on verbaalisesti hyvin lahjakas mutta tunteidensa käsittelyssä rajoittunut. Terapiaa voidaan kokeilla moneen otteeseen ennen kuin tiedetään siitä olevan hyötyä tai, että se on potilaalle sopiva tapa näyttää tunteita. Usein masentunut potilas ei heti pysty analysoimaan omaa tuotostaan, vaan tarvitsee siihen tukea ja aikaa. (Heiskanen ym. 2011, 111.)

Taidepsykoterapiassa kaikki tuotokset ovat arvokkaita ja kertovat paljon potilaan tilanteesta. Terapia voi kehittää luovuutta potilaalla tai auttaa löytämään kadoksissa olleen luovuuden silloin, kun visuaalisten mielikuvien jakaminen koetaan inspiroivaksi ja merkitykselliseksi. Näissä tapauksissa sekä potilas että terapeutti voivat kertoa potilaan taidekuvien herättämistä mielikuvista ja tarkastella niitä. (Heiskanen ym. 2011, 112.)

9.3 Sähköhoito

Sähköhoitoa annetaan yleensä psykiatrisen sairaalahoidon yhteydessä tai joissain tapauksissa myös poliklinikalla. Sähköhoito tapahtuu aina anestesiassa. (Käypä hoito –suositus 2014.) Aivojen sähköhoito eli ECT tulee sanoista electroconvulsive therapy. Sähköhoitoa on perinpohjaisesti tutkittu, ja se on osoitettu tehokkaaksi hoitomuodoksi masennuksen hoidossa. Sillä voidaan saada nopeita hoitotuloksia etenkin vaikean lääkeresistentin, itsemurha-ajatuksia tai psykoottisia oireita sisältävän masennuksen hoidossa, nämä ovat tapauksia, kun on kiire tai muu hoito ei ole auttanut. Sähköhoitoa käytetään yleensä myös vakavien maniajaksojen ja skitsofrenian hoitomuotona. (Mielenterveystalo 2014.)

Sähköhoito on kivutonta ja on hyvä muistaa, että se on aina vapaaehtoista ja potilaan päätettävissä. Masentunut henkilö nukutetaan kevyesti hoidon ajaksi ja toimenpiteessä päähän johdetaan sähkövirta, joka aiheuttaa aivoissa sähköisen epileptistyyppisen purkauksen. Toimenpiteen ideana on vaikuttaa aivojen aineenvaihdunnan ja välittäjäaineiden toimintaan palauttamalla häiriintyneen tasapainotilan, jonka vaikutukset näkyvät mielialan helpottumisena. Sähköhoidon hoitokerrat ovat lyhyitä ja hoitoa annetaan tavallisesti kaksi tai kolme kertaa viikossa yhteensä 4-16 kertaa. Haittavaikutuksina voi ilmetä muistinmenetyksiä, mikä voi näkyä esimerkiksi vaikeutena muistaa viime aikojen tapahtumia tai uuden oppimisen vaikeutena. (Mielenterveystalo 2014.)

9.4 Kirkasvalohoito

Kirkasvalohoidolla tarkoitetaan erityisesti kaamosmasennuksesta kärsivän masentuneen hoitomuotoa, jossa käytetään kirkasvaloa hyväksi. Kirkasvalohoito oli muutama vuosi sitten hyvin esillä, mutta viime aikoina siitä on puhuttu vähemmän. Valohoito toimii siten, että masentunut viettää aluksi kirkkaan valon ääressä kaksi tuntia aamuisin klo 6–10. Aikaa lyhennetään tai pidennetään hoidon jatkuessa vasteen mukaan. Valon kirkkaus on aluksi 2 500 luksia, ja se voidaan nostaa jopa 10 000 luksiin asti. Alussa hoitoa annetaan päivittäin parin viikon ajan ja sen jälkeen sitä voidaan harventaa viiteen kertaan viikossa tai antaa hoitoa tarvittaessa yhden tai kahden viikon jaksoissa. (Hannuksela 2009.)

Valohoidon vaikutuksen mekanismia on yritetty selvittää melko vähän. Tekijän uskotaan olevan serotoniini, joka on yksi aivojen välittäjäaineista. Muuta faktatietoa kirkasvalohoidosta ei juuri tiedetä. Myös kirkasvalohoidon spektrisiä ominaisuuksia on tutkittu jonkin verran. Valossa tulisi olla mukana sinisen, keltaisen ja vihreän valon aallonpituuksia. Punaisilla säteillä ei ole ollenkaan piristävää vaikutusta. Tämän vuoksi voisi ajatella, että vihreänä loistava luonto ympärillä piristää enemmän kuin iltarusko kivierämaassa. Tutkimusten mukaan noin neljä viidestä kaamosmasentuneesta hyötyy kirkasvalohoidosta. Kolme prosenttia saa siitä haittoja. Yleisimpiä haittavaikutuksia ovat silmien ärtyminen, päänsärky, pahoinvointi sekä levottomuus. Joissain tapauksissa jotkut piristyvät kirkasvalohoidosta liikaa ja tulevat hypomaanikoiksi. He rupeavat touhuamaan ympäristöä häiritsevästi ja heidän unensa saattaa häiriintyä. (Hannuksela 2009.)

9.5 Itsehoito

9.5.1 Alkoholi ja masennus

Masentunut voi joissain tapauksissa itse edistää omaa toipumistaan ja myös estää uudelleen sairastumistaan, kun sairaudesta on toivuttu tai päästy parempaan tasapainotilaan. Alkoholin käyttöä on hyvä rajata, välttää tai pysytellä vähintään kohtuukäytössä. Masennuksen aikana sekä toipilasvaiheessa alkoholinoton suositusrajana on enintään kaksi ravintola-annosta kerrallaan enintään kahdesti viikon aikana. Yleensä masennuksesta toipuvalle yleiset riskirajat ovat liian korkeat, sillä alkoholin säännöllinen käyttö laskee mielialaa, laukaisee usein ahdistuksen oireita sekä korostaa masennukseen liittyviä muistin ja keskittymisen ongelmia. Alkoholi heikentää myös unenlaatua aamuyöstä ja kehittää helpommin masentuneelle tai masennuksesta toipuvalle alkoholiriippuvuuden. Lääkehoitoon alkoholi vaikuttaa heikentämällä niiden tehoa, pahentaa haittavaikutuksia ja psyykelääkkeet voivat pahentaa alkoholin keskushermostoa lamaavia vaikutuksia. (Rossi & Tuisku 2010, 69.) Masennusta sairastavan potilaan hoidon tulos on normaalisti tavallista huonompi, jos potilaalla esiintyy samanaikaisesti päideongelma (Poikolainen 2006).

9.5.2 Liikunta ja masennus

Hyvään ja laadukkaaseen itsehoitoon kuuluu lääkärin tai hoitajan antamien ohjeiden noudattaminen. Liikunta on erittäin hyvä keino ylläpitää mielen terveyttä, ja säännöllistä liikuntaa tulisi harrastaa 2-3 kertaa viikossa vähintään. Liikuntaan kuluva aika on hyvä lisätä hiljalleen. (Rossi & Tuisku 2010, 69.) Liikunta vaikuttaa psyykkisesti siten, että se tuottaa mielihyväsvytteen minäkokemuksen, mikä vahvistaa masentuneen omaa minäkuva. Tämä perustuu osittain siihen, että riittävän voimakas liikuntasuoritus aktivoi ihmisen keskushermostoa ja tämän vuoksi aiheuttaa hormonaalista stressireaktiota. On hyvä muistaa, että liikunnan tuottamiin vaikutuksiin vaikuttavat masentuneen oma minäkuva, oma ruumiinkuva sekä omat käsitykset omista liikuntakyvyistä. (Vuori 2001, 82.)

Liikunta voi olla hyödyksi osana lievien masennustilojen hoidossa. Liikunta voi antaa masentuneelle sellaisia kokemuksia ja elämyksiä, joita liikunta normaalistikin antaa ihmisille. Nämä kokemukset ja elämykset antavat usein erilaisia mielihyvän tunteita ja masentuneisuuden, ahdistuneisuuden, stressin sekä jännittyneisyyden vähenemistä. Masentuneen ei tule kuitenkaan asettaa itselleen liian korkeita tavoitteita liikuntaan liittyen, sillä pettymykset eivät edistä paranemista. Tavoiteltujen psyykkisten vaikutusten saavuttamiseksi on liikunnan vastattava tekijänsä psyykkisiä ominaisuuksia sekä odotuksia. Näihin vaikuttavat myös fyysiset ominaisuudet. Liikunnan tulee antaa masentuneelle onnistumisen, irtautumisen sekä hyväksytyksi tulemisen tuntemuksia, jotta sillä voidaan nähdä vastetta hoitoon. Kestävyysliikunta on todettu liikunnan monista perusmuodoista suositelluimmaksi, sillä kestävyysliikunnan on todettu vähentävän masentuneisuutta varmemmin kuin esimerkiksi voimaharjoittelun. Naisilla erilaiset rytmit musiikin tahdissa yksin tai ryhmissä tehtävät suoritukset tuottavat myönteisiä kokemuksia. (Vuori 2001, 82- 83.)

9.5.3 Muita itsehoidon keinoja

Masentuneen on tärkeää hyväksyä oma toipilasvaihe ja tunnistaa omat voimavarat. Työyhteisössä on hyvä puhua esimiehen kanssa avoimesti sairaudesta ja on hyvä katsoa yhdessä työterveyshuollon sekä esimiehen kanssa toipumisvai-

heeseen sopivat työtehtävät sekä kuormituksen määrä. Myös muihin sosiaaliin suhteisiin on hyvä pitää yllä yhteyksiä ja rajata sellaista kanssakäymistä, mikä kuormittaa liikaa. (Rossi & Tuisku 2010, 69- 70.)

Aiemmin iloa ja mielihyvää tuottaneita asioita on hyvä jatkaa ja niihin panostaa oman jaksamisen mukaan. Työn ulkopuolisesta elämästä huolehtiminen on tärkeää harrastusten ja tärkeiden ihmisten avulla. Päiväkirja on hyvä tapa vahvistaa omaa itseluottamusta sekä oman jaksamisen rajojen tunnistamista. Masentuneen on hyvä rajata elämässään pakollisia asioita ja lisätä omaa valinnanvapautta arjessa. On myös erityisen tärkeää muistuttaa itseään omista hyvistä puolistaan ja vahvuuksistaan, huonoudentunne on pelkkä tunne, mikä kuuluu sairauden oireisiin eikä masentuneen omaan itseensä. Puhuminen on tärkeää kaikissa masennuksen hoitoprosessin vaiheissa. (Rossi & Tuisku 2010, 70.)

10 Masennustilaan liittyvä itsemurhariski

Masennustiloihin liittyy usein korkea itsemurhan riski. Masennuspotilailla riski on noin 20-kertainen normaaliväestöön verrattuna. Riski on matalampi perusterveydenhuollossa olevilla masennuspotilailla, vaikka riski on yhä suuri. Riski itsemurhaan on suurempi miehillä kuin naisilla. (Heiskanen ym. 2011, 32.)

Olennaisesti itsemurhakuolleisuutta alentaa asianmukainen oikea hoito. Masennustiloihin liittyvien itsemurhien suhteen ei ole mahdollista yleensä tunnistaa suurimmassa vaarassa olevia potilaita. Masennusta sairastavan potilaan hoidossa tulee aina huomioida itsemurhan vaara ja hoitajan on huomioitava, että itsemurhan vaara on aina sitä suurempi, mitä vaikeampi masennus on tai mitä kauemmin masennus kestää. Itsemurha vaaraa arvioitaessa masennuksen oirekuvan vaikeusaste onkin yksi kaikkein tärkeimpiä kysymyksiä. (Heiskanen ym. 2011, 32.)

11 Pohdinta

Masennuksen lääkkeettömistä hoitomuodoista löytyy paljon tutkittua näyttöön soveltuvaa tietoa. Eri terapiasuuntaukset näyttävät työtapojensa erilaisuudesta huolimatta tuottavan tutkimuksissa melko samankaltaisiakin tuloksia. Terapia-

muotojen keskinäiset erot ilmenevät pääasiassa hyvinkin pieninä. Terapeuttisen kokemuksen kasvaessa voidaankin aloittaa hoitamaan potilaan syvempiäkin ongelmia.

Keskeisimpinä psykoterapian muotoina nousivat esille kognitiivinen psykoterapia, interpersoonallinen psykoterapia, psykodynaaminen psykoterapia sekä ratkaisukeskeinen psykoterapia. Eroja näiden psykoterapiamuotojen välillä ilmeni paljon. Monissa lähteissä painotettiin kognitiivista terapiaa. Kognitiivinen psykoterapia korostettiin hyväksi psykoterapiamuodoksi masennuksen eri muotojen hoidossa, kuten akuutin sekä lievän masennuksen hoidossa. Kognitiivinen masennus antaa parhaiten vastetta masennuspotilaan lääkkettämiin hoitomuotoihin, ja tutkimukset ovatkin osoittaneen sen olevan jopa yhtä tehokasta kuin lääkehoito. Kognitiivisen psykoterapian on myös katsottu ehkäisevän masennusta.

Interpersoonallinen psykoterapia ei niinkään poista masennusta tai auta sen ehkäisyssä, mutta sen on katsottu helpottavan sekä poistavan masennuksen oireita. Toistuvassa masennuksessa interpersoonallinen psykoterapia pidentää hyvänolon jaksoja. Kun lääkehoito yhdistetään interpersoonalliseen psykoterapiaan, voidaan saada paljon hyötyä paljon. Psykodynaamisella psykoterapialla paras hyöty saadaan lääkehoidon avulla. Tutkimukset eivät antaneet suurtaakaan eroa pitkän- tai lyhyen ratkaisuterapian hoitojaksoissa.

Monissa masennuksen lääkkeettömissä hoitomuodoissa paras hoidon vaste saadaan yhdistämällä terapia lääkehoitoon. Lääkehoidon ei kuitenkaan nähdä yksinään auttavan masennuksesta paranemisessa, sillä se tarvitsee vierelleen jonkin terapian muodon. Poikkeuksellisesti psykoottisessa masennuksessa sädehoito on tehokkain hoitomuoto, jopa lääkehoitoa parempi hoitomuoto. Itsehoidon on huomattu monissa lähteissä olevan tehokas tapa estää masennusta omilla elintavoillaan.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin saatiin tässä opinnäytetyössä vastaukset. Masennuksesta löytyy tietoa hyvin paljon eri kielisistä lähteistä, mutta tässä opinnäytetyössä rajattiin lähdemateriaali suomenkielisiin lähteisiin, koska suomenkielisiä lähteitä itsessään löytyy runsaasti. Masennuspotilaan yleisimpiin lääkkeettämiin hoitomuotoihin sekä niiden käytön yleisyyteen löytyivät vastauk-

set opinnäytetyötä varten. Omaa ammatillista kehitystä tapahtui koko opinnäytetöiden prosessin ajan. Tutkimus kehitti omaa psykiatrista osaamista ja tuotti paljon uutta tietoa itselleni, mikä kehitti itseäni sairaanhoitajana. Tavoitteenani oli kehittää omaa psykiatrista osaamisaluetta ja tämä tavoite selkeni koko prosessin ajan loppua kohden varmentuen.

Tämän opinnäytetyön aiheesta voi jatkaa tutkimusta tekemällä uusia tutkimuksia samaan aiheeseen liittyen. Jatkossa voisi tutkia mitä ovat masennuspotilaan lääkkeelliset hoitomuodot ja millainen on niiden hoitovaste, ja mitä ovat lapsen ja nuoren masennuspotilaan hoitomuodot.

Kuva

Kuva 1. Hakuprosessin valinta- ja poissulkukriteerit, s.8.

Lähteet

Aalto, M. Bäckmand, H. Haravuori, H. Lönnqvist, J. Marttunen, M. Melartin, T. Partanen, A. Partonen, T. Seppä, K. Suomalainen, L. Suokas, J. Suvisaari, J. Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.

Aaltonen, J. 2006. Perheterapia psykoterapian muotona. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.

Ahonen, H. 2000. Musiikki sanaton kieli- Musiikkiterapian perusteet. Vantaa; Finn Lectoria.

Almqvist, F. Ebeling, H. Heinälä, P. Kaivosoja, M. Karhu, J. Kumpulainen, K. Linna, S-L. Lyytinen, H. Länsimies, E. Mervaala, E. Moilanen, I. Mäntymaa, M. Nieminen, P. Pajulo, M. Piha, J. Piippo, S. Poijula, S. Puura, K. Rantanen, P. Räsänen, E. Savonlahti, E. Tamminen, T. Uusikylä, K. & Westerinen, H. 2004. Lasten- ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Duodecim.

Erkkilä, J. & Tervaniemi, M. 2012. Musiikkiterapia masennuksen hoidossa. Suomen Lääkärilehti 21/2012, 1656-1661.

Haarala, M. Jääskeläinen, A. Kilpinen, N. Panhelainen, M. Peräkoski, H. Puukko, O. Riihimäki, K. Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Hannuksela, M. 2009. Hyvä, paha aurinko. Duodecim: Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hpa00077#s1. Luettu 6.5.2015.

Heiskanen, T. Huttunen, M-O. & Tuulari, J. 2011. Masennus. Helsinki: Duodecim.

Henriksson, M. Lönnqvist, J. Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2006. Kognitiivisen psykoterapian peruseriaatteen ja käyttö mielialahäiriöissä. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim.

Huttunen, M. 2006. Assosiaatioita psykoterapiasta. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim.

Huttunen, M & Kalska, H. 2012. Psykoterapiat. Helsinki: Duodecim.

Kanerva, A. Kuhanen, C. Oittinen, P. Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kanerva, A. Kuhanen, C. Oittinen, P. Seuri, T. & Schubert, C. 2012. Mielenterveys hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro

Kivelä, K. 2012. Hoitoympäristöjen suunnittelu –potilaan nökökulma. Tampereen Yliopisto: Terveystieteiden yksikkö.

Käypähoito-suositus. 2013. Depressio. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50023>. Luettu 15.8.2014.

Lind, J. Tuulio-Henriksson, A. & Autti-Rämö, I. 2011. Kuntoutus parantaa työikäisten masennuspotilaiden työkykyä. Suomen Lääkärilehti 43/2011, 3213-3219.

Luhtasaari, S. 2002. Masennus. Helsinki: Duodecim.

Luhtasaari, S. 2010. Dystyminen masennus. Duodecim: Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00014. Luettu 5.5.2015.

Mielenterveystalo. 2014. Biologiset hoidot. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/BiologBiologiset.aspx>. Luettu 6.5.2015.

Paunio, T. Lindfors, O. Kalska, H. Karlsson, H. Kurri, K. Lehtovuori, P. Melart, P. Melartin, T. Näätänen, P. Pirkola, S. & Wahlström, J. 2012. Psykoterapiaprosessit nyt ja tulevaisuudessa. Suomen Lääkärilehti.

Pirkola, S. 2014. Psykoterapian muuttuvat maisemat. Suomen Lääkärilehti 37/2014, 2547- 2553.

Poikolainen, K. 2006. Tehoa päihde- ja masennushäiriöiden yhdistelmän hoitoon. Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammi.

Pylkkänen, K. Rechardt, M. Saarinen, P. Taajamaa, B. & Tamminen, T. 2010. Psykoterapiat. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Rossi, H. & Tuisku, K. 2010. Masennuksen ehkäisy ja hoito -työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Salminen, A. 2011. Vaasan yliopiston julkaisuja: Mikä kirjallisuuskatsaus?. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Turtonen, J. 2006. Mielenterveysongelmat, mistä apua? Jyväskylä: Minerva Kustannus OY.

Vuori, I. 2001. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino OY.

Vuorilehto, M. & Riihimäki, K. 2014. Depression hyvä hoito perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 48/2014, 3259-3264.